



## Santé et risque(s), du singulier au pluriel

Laurence Reynaud, Raymonde Séchet

### ► To cite this version:

Laurence Reynaud, Raymonde Séchet. Santé et risque(s), du singulier au pluriel. Sébastien Fleuret et Jean-Pierre Thouez. Géographie de la santé. Un panorama., *Economica Anthropos*, pp.213-231, 2007, Géographie. halshs-00289237

**HAL Id: halshs-00289237**

**<https://shs.hal.science/halshs-00289237>**

Submitted on 20 Jun 2008

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## SANTÉ ET RISQUE(S), DU SINGULIER AU PLURIEL

**Laurence Reynaud**

**Doctorante en géographie**

**Paris 1 / UMR Géographie-Cités, Equipe EHGO,**

[laurencerey@hotmail.com](mailto:laurencerey@hotmail.com)

**Raymonde Séchet**

**Professeure de géographie,**

**Université Rennes 2, UMR 6590 ESO**

[Raymonde.sechet@uhb.fr](mailto:Raymonde.sechet@uhb.fr)

« Si on comprend bien qu'une telle maladie [le SRAS] jusqu'alors inconnue fasse l'objet d'une information et d'un suivi des autorités sanitaires, on comprend moins bien, d'un strict point de vue objectif, ce qui justifie un tel battage à propos d'une infection infiniment moins dramatique pour l'humanité que toutes celles, paludisme, tuberculose, bilharziose, pneumonie, sida, qui tuent chaque année des millions d'êtres humains sans que la presse s'en émeuve plus que cela, sinon la volonté de captiver le public avec ces monstres ancestraux qui ravageaient hier les peuples et qui les fascinent aujourd'hui en les faisant frémir. Et on commence à évoquer avec gourmandise la grippe aviaire apparue dans le sud-est asiatique, bien moins dévastatrice que le séisme de Bam en Iran, mais bien plus susceptible de faire trembler longtemps tous ceux qui ne sont pas assis sur une faille de la croûte terrestre ... » : cette citation empruntée à Mathias Delfe (2004) témoigne de la diversité des enjeux relatifs à la thématique des articulations entre santé et risque(s) – le singulier pour faire référence à la vision paradigmatique de la société actuelle comme société du risque, le pluriel pour désigner les risques susceptibles d'obérer la santé des individus tout comme les équilibres sociaux. Elle implique aussi la nécessité de se départir d'une lecture strictement causaliste de ces relations entre risques et santé. Il est évidemment impossible de traiter en quelques pages ce qui pourrait requérir un ouvrage complet. En cohérence avec un regard de géographie sociale de la santé (Fleuret & Séchet, 2006), la question est abordée par le prisme des mots et des manières de parler : comment les analyses sur les relations entre santé et milieux naturels ont-elles évolué sous l'effet des discours relatifs à la dégradation des milieux naturels et en quoi la montée des métaphores sanitaires dans les politiques sociales territorialisées relève-t-elle d'une logique de gestion des risques sociaux ?

Les nombreuses crises sanitaires des années 1980 et 1990 – dioxine, vache folle, amiante, sang contaminé, épidémie de SIDA, sans parler du chikungunya à La Réunion en 2006 ou des frayeurs provoquées par la crainte d'une épidémie mondiale de grippe aviaire – ont favorisé la prise de conscience que la santé dépend de l'exposition aux risques et ne relève pas des seuls professionnels médicaux et de l'acte thérapeutique. Elles marquent également l'omniprésence du risque (singulier) dans l'actualité éditoriale, médiatique, scientifique et traduisent une évolution vers un refus de l'incontrôlable comme de l'inattendu. Ce qui a d'ailleurs conduit Ulrich Beck (2001.89) à parler de société du risque – en lieu et place des sociétés de classes et de leur idéal d'égalité – et à considérer la notion de sécurité comme son fondement et son moteur.

Voir le monde en termes de risques et exiger la sécurité dans tous les domaines et à tous les niveaux s'expliquerait par un double phénomène de retour sur soi et de peur de l'avenir. Moins qu'un repli sur soi, le retour sur soi est plutôt une forme d'individualisme générateur d'attention portée au corps et à la santé, un nouveau mode de socialisation notamment caractérisé par l'importance de la sphère privée : « Veiller à sa santé, préserver sa situation matérielle, se débarrasser de ses "complexes", attendre les vacances : vivre sans idéal, sans but transcendant est devenu possible » (Lipovetski, 1983.72). Notre hypothèse est que la mise en avant des relations entre santé et risques environnementaux, qui découle de cet individualisme et de l'idéologie de l'omniprésence du risque, constitue un retour à des lectures déterministes qui mettent à mal les efforts des chercheurs pour développer des modèles de compréhension reposant sur la multiplicité des déterminants et qui ont favorisé la relégation au second plan de la prise en compte des inégalités sociales face à la santé. En ce sens, la problématique des crises sanitaires aurait été un obstacle à l'acception holiste de la santé et du bien-être.

C'est l'une des idées que nous chercherons à montrer dans ce texte organisé en trois parties. La première a pour objectif de dégager les grandes orientations de l'émergence des préoccupations pour la santé dans un contexte de débats contradictoires autour du risque. La deuxième permet de mettre en évidence que le glissement vers le triptyque risque (au singulier) / santé / environnement a pour effet de faire oublier les inégalités face aux risques environnementaux (au pluriel). La troisième partie qui portera sur les « risques sociaux » pourrait laisser penser que tout espoir n'est pas perdu puisque les politiques dites de lutte contre l'exclusion ont fait de la santé une priorité.

## **LE(S) RISQUE(S) EN DÉBAT**

### **Pur, global, majeur : de la pression du risque**

Paru en 1986 en Allemagne, l'ouvrage d'Ulrich Beck n'a été traduit en français qu'en 2001, c'est-à-dire seulement quand un marché du risque a existé dans notre pays. Cet ouvrage mérite que l'on s'y attarde non pas tant parce qu'il traite des risques en eux-mêmes que parce qu'il propose une réflexion globale sur les inquiétudes des sociétés dites postmodernes ou encore postindustrielles. Le sous-titre en est d'ailleurs « Sur la voie d'une autre modernité ». Selon Beck, s'il est possible de parler de société du risque, c'est que les risques font désormais fi des frontières, tant politiques que sociales, pour être omniprésents dans notre environnement, de l'échelle domestique à celle de l'environnement global : « Les dangers deviennent les passagers aveugles de la consommation normale. Ils se déplacent avec le vent et l'eau, sont présents en tout et en chacun, et pénètrent avec ce qu'il y a de plus vital – l'air que l'on respire, la nourriture, les vêtements, l'aménagement de nos lieux d'habitation –, toutes les zones protégées du monde moderne, si bien contrôlées d'ordinaire » (Beck, 2001.17).

En même temps que les sirènes du risque et des dangers se sont fait entendre, la géographie française<sup>1</sup> a enfin admis la levée de ses frontières traditionnelles pour permettre à certains de ses membres d'intégrer dans leurs pratiques l'échelle du corps, du mètre, du domestique (Staszak, 2001.355). En matière de risque, ceci permet de sortir des *disasters studies*, qui étudient les risques dits majeurs, et de la seule prise en compte du risque pur, c'est-à-dire celui qui n'offre que des possibilités de perte. Cette orientation qui suppose une acception de l'environnement élargie aux différentes facettes de l'espace de vie et pas uniquement au milieu naturel et à la dimension écologique<sup>2</sup> devrait également contribuer à faire sortir le risque des lectures zonales.

Denis Duclos récuse totalement l'idée de globalité et d'omniprésence du risque formulée par Ulrich Beck parce que, selon lui, elle « implique que l'individu contemporain soit un perpétuel gestionnaire de l'incertain, un vigilant contrôleur de soi et des autres » (Duclos, 2002.24-25). La thèse de Beck masquerait le fond du problème : le thème du risque est lui-même porteur de risque, il est un outil de contrôle des individus et si risque il y a, ce n'est pas à chacun d'entre nous d'en assumer la responsabilité alors que de grandes entreprises et institutions savent se mettre à l'abri d'éventuelles poursuites judiciaires. Aussi, Denis Duclos n'hésite-t-il pas à écrire que « toute objective qu'elle se veuille, la « discipline du risque » a une saveur liberticide », et à s'interroger sur la nature du pouvoir que nous laissons « grandir à l'ombre d'un tel climat obsidional » : « Le vrai risque du risque n'est-il pas d'appeler le pire, en nous convainquant de son omniprésence ? ».

La notion de risque n'est donc ni neutre ni loin d'entraîner un paradoxe de même nature que celui de Perrow – trop de savoir engendre de l'insécurité. A cause ou en dépit de tout cela, elle constitue un baromètre, à manier avec précaution, du lien social. Il convient donc de ne pas se voiler la face devant les jeux de pouvoir et parts de marchés que la problématique du risque suscite et octroie, et devant le fait que l'individu en sort plus manipulé que protégé.

### **La prise en compte du risque : un nouvel humanisme ?**

De moins en moins incertain en cet hiver 2006-2007 où moult records thermiques ont été battus, le réchauffement climatique cristallise les inquiétudes. En effet, même si les experts s'opposent sur ses conséquences, tous s'interrogent sur ses impacts sur la santé animale et humaine, certains, comme James Lovelock (« Docteur catastrophe », *Le Monde*, 10 février 2006), considérant que la présence même du vivant sur terre pourrait être menacée : « Avec le réchauffement climatique, la plus grande partie de la surface du globe va se transformer en désert. Les survivants se grouperont autour de

---

<sup>1</sup> Parler ici de la géographie plutôt que des géographes est une manière de dire que cela est imposé comme un principe fondateur d'une culture scientifique nationale. Dans la tradition française, les échelles du géographe étaient locale, régionale, nationale alors que le micro était sociologique ou anthropologique, ce qui ne permet pas d'appréhender toute l'épaisseur de la dimension spatiale des sociétés (Séchet & Veschambre, 2006.13-14).

<sup>2</sup> Sur les difficultés à définir l'environnement, voir l'entrée « Environnement » dans Lévy J. & Lussault M., *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Belin, 2003.

l'Arctique. Mais la place manquera pour tout le monde, alors il y aura des guerres, des populations déchaînées, des seigneurs de la guerre. Ce n'est pas la Terre qui est menacée, mais la civilisation ».

Cette crainte pour l'humanité, la demande de « risque zéro » et la peur de l'avenir n'incitent-elles pas à la reconnaissance d'un autre humanisme fait, selon Corcuff (2002.156), d'incertitude, d'inquiétude, de risque, de possibilité et de pari ? Si la nouveauté ainsi revendiquée est discutable, il est certain que la prise en compte de l'exigence accrue de risque zéro<sup>3</sup> engage le chercheur dans un questionnement sur la démocratie et la citoyenneté mondiale et qu'elle doit s'accompagner d'un travail réflexif sur la solidarité et la responsabilité.

Dans son *Principe Responsabilité* (1979), Hans Jonas affirme que les évolutions technologiques ont pour effet d'exiger un tel renouvellement éthique, non seulement parce qu'elles ont pris une place importante dans nos sociétés mais aussi parce que leurs effets sur la biosphère peuvent être dévastateurs. Si l'éthique, en tant que « réflexion philosophique sur l'acte humain et sa finalité » (Lenoir, 1991.12) portait jusqu'ici sur l'individu et le court terme (durée de vie de l'individu), cela ne peut plus être le cas car, pour reprendre les termes de Hans Jonas, l'agir humain s'est profondément modifié. Il porte désormais en lui un potentiel nuisible qui dépasse les cadres spatio-temporels jusqu'alors opérationnels. Nous retrouvons là un élément de la réflexion d'Ulrich Beck lorsqu'il définit les sociétés actuelles par leur confrontation à des risques débordant les frontières géopolitiques et socio-culturelles. Ces deux auteurs se retrouvent sur l'attention portée à l'une des origines des risques, la technologie, et sur l'impératif de protéger la biosphère : « La nature en tant qu'objet de la responsabilité humaine est certainement une nouveauté à laquelle la théorie éthique doit réfléchir » (Jonas, 1979.24-25). Sans vouloir alimenter une technophobie, cette référence faite à la manière dont Hans Jonas pose le principe de responsabilité s'imposait pour avancer dans la réflexion sur les risques et la santé : pour cet auteur, il est irresponsable de « tabler sur la prédiction que l'homme est capable de s'habituer à tout », la question à poser étant « à quoi l'homme *doit-il* s'habituer ? A quoi a-t-on le droit de forcer l'homme ou de l'autoriser à s'habituer ? » (Jonas, 1979.169).

### **Ne pas oublier les risques sociaux**

Aspect majeur de la dimension écologique du développement durable, la préservation de la biodiversité est une responsabilité vis-à-vis des générations futures. Toutefois, cette dimension écologique est souvent la seule qui soit retenue alors que les dimensions économique et, surtout, sociale du développement durable, ainsi que leurs liens avec la santé des populations, sont fréquemment oubliées.

---

<sup>3</sup> Le coût exorbitant des assurances que les médecins souscrivent pour se prémunir des procès qui les menacent est une conséquence de cette demande de risque zéro.

La question des incertitudes et des craintes ne saurait en effet être réduite aux seuls risques environnementaux. Ce qui suppose qu'une distinction soit clairement établie entre le risque comme objet social et le risque social. Dans une optique de géographie classique se donnant pour objet l'étude des relations entre l'individu et le milieu naturel, le risque est défini « comme la perception du danger, de la catastrophe possible. Le risque n'existe que par rapport à un individu, à un groupe social ou professionnel, une communauté, une société qui l'appréhendent (par rapport à des représentations mentales) et le traitent (par des pratiques spécifiques). Il n'y a pas de risque sans une population ou un individu qui perçoit et pourrait subir ses effets » (Veyret, 2003.3). Penser l'environnement dans un sens relationnel d'« environnement perçu, respiré, ingéré, représenté ou imaginé » (Lévy & Lussault, 318) et non comme une réalité extérieure qui s'impose à l'individu suppose que le risque social est tout ce qui menace l'équilibre de l'individu et son être au monde, et donc sa santé au sens de son bien-être.

C'est ainsi que la déstabilisation économique radicale d'un territoire provoque des crises sociales, urbaines, identitaires, politiques mais a aussi des effets sur la santé des personnes. Les conséquences de la rétraction de l'activité minière dans le Nord-Pas-de-Calais sont incontestables : « Il est troublant de constater le parallèle qui unit, à quelques années de différence, la fermeture des puits de mine et l'augmentation du nombre de décès par cirrhose dans la région. Tout fonctionne comme si un lien de cause à effet empruntait un cheminement long au travers de la population régionale, dont celle du Bassin houiller, trouvant ses origines dans le repli du système social minier et la crise sanitaire qui touche les habitants du Bassin houiller (Lacoste et al., 1996) ». La diffusion de cette crise sanitaire est calquée sur la chronologie de l'annonce des fermetures de puits, la donnée majeure semblant être un délai de latence de cinq ans en moyenne entre la mise au chômage et l'apparition de troubles psychiques graves.

Toutefois, la notion de risque social peut elle-même être polysémique. Une de ses acceptions est de l'utiliser pour parler de ce qui menace l'équilibre et la cohésion d'une société, par exemple les révoltes et autres émeutes ou mobilisations qui mettent clairement en évidence l'incapacité d'une société à intégrer tous ses membres. C'est l'une des raisons de l'émergence de la politique de la ville et de la tentation de l'action publique, croissante dans les années 1990, à rapporter des événements à des territoires et à considérer la dimension territoriale comme explicative de réalités qui tiennent aux dynamiques économiques ou sociétales (Baudin & Genestier, 2002.13), ce qui permet de justifier des traitements particuliers.

Rappeler ainsi l'importance des risques sociaux ne veut pas dire être aveugle devant les conséquences sanitaires des évolutions technologiques qui sont bien réelles et aboutissent à une évolution des pratiques. Sous l'effet de l'augmentation des allergies, surtout chez les enfants, et après que fut pointée du doigt la pollution des centres urbains, la maison est elle-même devenue la cible des préoccupations de santé. L'attention s'est notamment portée sur

les peintures contenant des solvants, sur les revêtements de sols et les mobiliers contenant du formaldéhyde et des colles plus ou moins toxiques. L'idée sous-jacente est que le corps, tout au long de la vie et de génération en génération, accumule les toxines provenant des produits d'entretiens, des peintures, des cosmétiques, des médicaments. Le 17 novembre 2005, le Parlement européen a adopté le programme REACH (Registration Evaluation Autorisation of Chemicals) qui introduit l'obligation d'enregistrer et d'évaluer, avant autorisation de commercialisation, certains produits comportant des substances chimiques. Ce texte, qui fait évidemment l'objet de tensions entre industriels et partisans d'une protection renforcée de la santé et de l'environnement (plus de 1000 amendements ont été déposés), a pour but d'éliminer progressivement, d'ici une dizaine d'années, ces substances toxiques.

## **RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SANTÉ : QUELQUES APERÇUS**

### **Développement économique, environnement et atteintes au bien-être physique**

La progression de l'espérance de vie à la naissance, la transition épidémiologique et la réduction relative des décès liés à des maladies infectieuses sont des indicateurs incontestables des progrès en matière de santé et donc de bien-être. Ces progrès sont inégaux dans l'espace et selon les milieux sociaux. L'exemple de l'Afrique australe illustre douloureusement la possibilité de retours en arrière : l'espérance de vie prévue pour les années 2000-2005 dans cette partie du monde (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Swaziland) est passée de 66 ans en 1992 à 46 ans en 2000 (ONUSIDA, 2002). Dans ce cas, un lien clair peut être établi avec cette crise sanitaire majeure et la régression économique qu'a connue le continent africain.

La contribution des géographes à la mise en évidence des risques environnementaux inhérents au développement économique ne date pas d'aujourd'hui. Ainsi, chacun à sa manière, les fondateurs de l'École française de géographie ont exprimé des réserves sur les limites inhérentes au progrès. Géographe spécialiste du risque comme objet géographique, Valérie November rappelle que, pour Élisée Reclus, « le fait général est que toute modification, si importante qu'elle soit, s'accomplit par adjonction au progrès de régrès correspondants » (November, 2002.145). S'appuyant sur l'exemple de la construction du port de Santos dans l'état de São Paulo pendant la vague caféière de la fin du 19ème siècle, Vidal de la Blache a lui aussi montré comment les intérêts de l'économie marchande ont pu produire des non-sens géographiques au regard de la santé des hommes : « Le café, produit en grandes masses, manipulé sur place, transporté, pour diminuer les frais, vers le point le moins éloigné, règle l'existence toute entière des populations. Ce port de Santos, vers lequel il est acheminé, est une des plages les plus malsaines du monde, un coin hanté par la fièvre jaune. C'est cependant cet endroit, que

les hommes devraient fuir comme un cimetière, qui, de préférence à d'autres ports moins insalubres qu'on trouverait un peu plus loin, est choisi, fréquenté : vrai paradoxe géographique qu'explique l'utilité commerciale » (Vidal de la Blache, 1902.12-13). Quant à Jean Brunhes, il a consacré une partie de son *Traité de géographie humaine* (1910) à l'économie destructrice. La formulation n'est pas anodine et il a très certainement fallu de l'audace pour parler de destruction à un moment où domine la foi dans le Progrès et la Technique. De fait, l'exposition aux risques liés aux activités économiques avait et a sa géographie. La pollution atmosphérique et la présence importante d'amiante dans les chantiers navals peuvent, par exemple, expliquer la surmortalité que l'on observe sur la carte de la mortalité par cancer pulmonaire en France à l'échelle des zones d'emploi et qui touche les centres miniers et sidérurgiques ainsi que les villes portuaires (Salem, 2002.88).

### **Les inégalités sociales face aux risques environnementaux**

Ces 'inégalités géographiques' sont d'abord des inégalités sociales. Par exemple, à l'échelle planétaire, l'exposition au risque microbien est fortement corrélée au développement économique et à l'inégale maîtrise des contraintes du milieu naturel. Même si l'accès à une eau de qualité peut encore être un problème dans les pays riches, notamment en Bretagne où la relation entre modèle agricole productiviste et bien-être n'est pas allée dans le seul sens du progrès, c'est bien sûr en Afrique intertropicale que le problème de l'eau reste majeur. Ainsi, les maladies vectorielles, c'est-à-dire celles qui se transmettent par un hôte vivant grâce à la présence de l'eau, obèrent fortement la santé des populations situées à proximité des grands barrages récemment construits au Burkina Faso. Les nouvelles populations de riziculteurs de Bagré sont particulièrement exposées (Parent et al., 2002 ; Zoungrana, 2002). Facteur de contamination directe dans le cas de la schistosomiase urinaire, l'eau des rizières irriguées favorise également le pullulement des anophèles, et donc la multiplication des cas de paludisme dans des régions où cette maladie était peu présente et où les populations ignorent les modes de contamination. Les projets de barrages ont été pensés pour améliorer la couverture alimentaire, les niveaux de ressources, et donc le bien-être. Mais la dimension sanitaire n'a pas été prise en compte dans les démarches d'aménagement qui n'ont comporté aucune mesure d'envergure pour informer les populations sur les risques liés à l'eau.

A l'intérieur des sociétés elles-mêmes, les populations défavorisées sont plus fréquemment exposées à des contraintes environnementales défavorables à leur santé. Cet effet de classe est manifeste dans la question de l'accès à des eaux de boisson potables. Dans des villes comme N'Djamena (N'Diekhhor & Kaspar, 2002), l'accès à un réseau de distribution d'eau est fonction du type de construction et de la localisation. Les habitations en dur disposent plus largement de cette commodité. Les problèmes se posent surtout dans les quartiers populaires situés en périphérie des villes et où l'approvisionnement se fait par prélèvement dans des puits et des mares, ou dans le fleuve. Ils s'accroissent lorsque, en l'absence de réseaux de collecte des eaux usées, les excréments sont



rejetés dans les cours d’eaux et que les extensions urbaines se font à proximité immédiate des zones d’épandage fluviales, voire sur ces zones, comme c’est le cas à Mopti (Dorrier-Apprill, 2002).

Les recherches sur les inégalités écologiques ou sur la justice environnementale dans les pays riches montrent tout aussi clairement que les inégalités sociales d’exposition aux facteurs environnementaux sont également très marquées dans nos sociétés. Ce sont par exemple les dynamiques d’implantation des activités, des logements, des populations en milieu urbain qui font qu’en Wallonie les niveaux de mortalité sont plus élevés dans les villes que dans les autres types d’espaces, et plus particulièrement les couronnes périurbaines : entre 30 et 74 ans, le risque de mourir pour un habitant de Charleroi dans les années 1990 est de 40% supérieur à celui d’un habitant du Brabant Wallon périurbain (Oris et al., 2001). Les ménages pauvres, les personnes âgées isolées et les familles monoparentales, qui sont surreprésentées dans ces villes industrielles, sont davantage confrontés à des conditions environnementales défavorables (émissions de pluies acides, de particules en suspension, de composés organiques volatils) (Oris et al., 2001.80).

L’étude de démographie sociale réalisée sous la responsabilité de Michel Oris confirme l’intérêt d’approches qui ne se limitent pas à des indicateurs économiques (les revenus des ménages) et sont fondées sur le concept de pauvreté relative (*relative deprivation*). De manière générale, celui-ci permet de prendre en compte les conditions de statut de la personne (style de vie, race, âge, type d’activité, réseaux sociaux, participation à la vie politique, etc.), et donc d’analyser de manière critique les stratégies d’implantation des unités dangereuses par les entreprises : leur choix irait à des sites où elles espèrent une faible résistance des populations, notamment parce que, pour ces populations plus démunies et disposant d’une moindre connaissance des systèmes politiques, l’apport d’emplois potentiels prime sur la qualité environnementale (Denq & al., 2000).

Ce sont là des données largement occultées par les discours qui accompagnent les crises sanitaires, quelle qu’en soit l’origine. Le traitement médiatico-politique de la canicule de l’été 2003 en France en fournit un exemple magistralement éclairant.

### **Retour sur la canicule de l’été 2003**

Plus de 15 000 décès ont été directement imputés à la canicule d’août 2003 qui a été inhabituelle par son intensité et sa durée. La surmortalité a été très inégale selon les régions. Elle a été particulièrement forte dans une zone allant des Charentes à l’Île-de-France et la Bourgogne, où les journées consécutives avec des températures dépassant 40° ont été nombreuses. Elle est restée limitée dans le nord du pays et en bordure du littoral de la Manche, c’est-à-dire là où la vague de chaleur a été moins longue, moins continue, et où des répit nocturnes ont été octroyés. Il en a été de même pour les régions méridionales où la montée des températures a été progressive et où l’écart aux moyennes, généralement élevées, a été plus réduit. Dans ces régions, une culture implicite de la chaleur a permis de rester fidèle à des formes architecturales qui limitent l’ensoleillement et de tirer la leçon de vagues

antérieures de surmortalité liées à la chaleur. Le facteur météorologique n'explique donc pas seul les disparités dans la carte de la surmortalité.

Dans la présentation médiatique de la canicule, plusieurs facteurs de responsabilité ont été mis en avant de manière successive, comme si, dans ce contexte de crise sanitaire, le plus urgent avait été de gérer l'opinion publique : la saturation des urgences hospitalières, puis l'inadaptation des maisons de retraite, la défaillance de la veille sanitaire, la distension des liens familiaux et, enfin, la supposée irresponsabilité de médecins généralistes partis en vacances. La forte augmentation des prescriptions de solutés de réhydratation par rapport aux années précédentes dans toutes les régions témoigne pourtant de la participation active de ces médecins généralistes à la gestion des conséquences humaines de la vague de chaleur (Cuenat et al., 2003.15). Il n'en demeure pas moins que leur activité au cours de l'été 2003 est à replacer dans une tendance à la baisse de l'offre de soins qui s'explique par une diminution du nombre de médecins généralistes effectivement disponibles en France (-2,8% entre 2000 et 2003) et par une modification des pratiques professionnelles : désaffection vis-à-vis des visites à domicile qui est peu compatible avec la politique de maintien à domicile des personnes âgées ; modification du temps et du rythme hebdomadaires de travail ; faiblesse structurelle durant les mois d'été. La réponse proposée par le gouvernement français passe essentiellement par la veille sanitaire, la mise en place d'un dispositif d'alerte par Météo France, l'aménagement d'une pièce « rafraîchie » dans tous les établissements d'accueil pour personnes âgées. Ces mesures qui font de la canicule un déterminant en lui-même et négligent le fait que « la 'nature' emporte d'abord ceux que la société lui a déjà abandonnés » (Halimi, 2003) sont conformes à l'esprit de la gestion des situations d'urgence. Les leçons tirées d'autres drames liés à des vagues de chaleur, comme celui de Chicago en 1996 (Klinenberg, 2002), ainsi que la délicate gestion des corps des personnes décédées à Paris, suggèrent que le problème est d'abord celui de l'isolement et de la pauvreté relationnelle d'un nombre croissant de personnes âgées. Pourtant, l'accent a été mis sur l'aléa climatique alors que les écarts de vulnérabilités face aux risques ont été ignorés (Séchet, 2006). Plus largement, les risques environnementaux apparaissent comme des déterminants directs.

Cet exemple de la canicule de l'été 2003 en France montre bien que le syndrome de la peur, des risques, des dérèglements, et la primauté donnée aux analyses épidémiologiques qui en découle, font revenir à une lecture déterministe dont on peut dire avec Denis Duclos qu'elle éclaire sur la froideur d'une société qui, de ce fait, à trop parler du risque oublie que les personnes ne sont pas également vulnérables aux risques et ne pense pas en termes de bien-être pour tous. C'est pourquoi, dans une dernière partie, il ne sera plus question de risques pour la santé mais de la mobilisation de la santé dans la gestion des risques sociaux, et plus particulièrement dans les politiques dites de lutte contre l'exclusion en France.

## **FACE AUX RISQUES SOCIAUX, LA PROMOTION DU BIEN-ÊTRE**

Dans cette troisième partie, tant le risque que la santé sont considérés de manière extensive. Si penser la santé en tant que bien-être est usuel, élargir la portée du risque aux rapports d'individu à individu et pas seulement à l'impact de la nature sur l'être humain est plus inhabituel. Pourtant, parler, par exemple, des politiques de lutte contre l'exclusion dans un chapitre sur risque(s) et santé n'est pas hors sujet pour au moins trois raisons : parce qu'une mauvaise santé ou des déficiences corporelles peuvent être des obstacles à une bonne intégration sociale, qu'inversement l'exclusion, notamment du marché de l'emploi, peut-être un facteur de mal-être, et donc de risque pour la santé, mais aussi parce que le champ lexical de la santé est appelé à la rescousse pour résoudre des situations érigées en risques sociaux. Les politiques dites de lutte contre l'exclusion, au rang desquelles s'inscrit la politique de la ville, pourraient suggérer qu'en faisant de la santé une priorité, elles ont imposé le bien-être. Or, dans cette sanitarisation du social, les objectifs de réduction des risques, c'est-à-dire de maintien de l'ordre urbain, semblent avoir primé sur ceux de développement social.

Le propos vise à montrer que la place donnée à la santé dans la politique de la ville, qu'elle soit symbolique, comme dans les manières de parler des quartiers concernés, ou matérielle, comme dans des dispositifs bien circonscrits, tend à un ciblage qui, même involontairement, oublie les inégalités, ou ne traite les exclusions qu'à minima comme on soigne les symptômes d'une pathologie sans réussir à la prévenir ou sans se donner les moyens de le faire. Que le ministre de la ville, Jean-Louis Borloo, s'exprime en septembre 2002 dans *La Lettre de la DIV* en faveur d'un plan d'urgence reposant sur le traitement de 200 000 copropriétés dégradées, la réhabilitation de 200 000 logements sociaux, la destruction de 200 000 autres et la construction de 200 000 logements neufs (devant être, selon le propos du ministre, de « véritables nids pour les mamans » !), suppose que le confort de l'habitat suffirait à faire la qualité de l'habiter et de la vie dans un monde sans risques autres que ceux liés aux aléas naturels.

### **La santé comme priorité dans la lutte contre l'exclusion**

Les dispositifs imaginés pour gérer les risques sociaux dans le cadre de la lutte contre exclusion et du volet social de la politique de la ville ont souvent affiché la santé comme une priorité. La loi du 1<sup>er</sup> décembre 1988 qui a instauré le RMI a permis de poser la (mauvaise) santé comme l'un des facteurs potentiels de pauvreté. Au début des années 1990, les taux de mortalité des hommes bénéficiaires du RMI sont, à structure par âge identique, deux à trois fois plus élevés que ceux de la population dans son ensemble (Fatras & Goudet, 1993). Ils souffrent moins de maladies spécifiques que d'un cumul de pathologies (problèmes dentaires, digestifs, cutanés, mais aussi de santé mentale – angoisse, dépression, alcoolisme) dues aux conditions de vie et au retard dans l'accès aux soins. La souffrance psychique est considérée comme un marqueur de la pauvreté (HCSP, 1998), qui est donc bien un facteur de risque pour la santé.

Avec la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, l'accès à la prévention et aux soins devient un objectif prioritaire des politiques de santé. Pour cela, est prévue la mise en œuvre

d'un PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) dans chaque région. La circulaire d'application demande que des champs d'intervention spécifiques tels que la lutte contre le saturnisme ou la prévention et la prise en charge de la maladie alcoolique soient abordés dans une dimension territoriale, et donc soient intégrés dans les contrats de ville et les contrats d'agglomération. Les PRAPS doivent permettre de coordonner les actions et de mettre en cohérence les différents dispositifs sanitaires pour organiser une véritable promotion de la santé au plus près des besoins. La territorialisation est donc posée comme condition de réussite de la réduction des risques (dans cette partie, le pluriel s'impose) pour la santé.

La politique de la ville telle qu'elle a existée en France à partir de 1989 a contribué à multiplier les dispositifs territorialisés supposés dépasser les clivages sectoriels et construire de la transversalité. La santé est l'un des nombreux thèmes déclinés dans la mise en œuvre locale de cette politique. Est-ce pour autant qu'une priorité est accordée au bien-être et à la réduction des risques pour la santé ? En 1993, la Délégation interministérielle à la Ville (DIV) s'adresse aux villes engagées dans la préparation d'un contrat de ville en indiquant que « le contrat de ville est plus une dynamique qu'une procédure qui permet de dégager des programmes destinés au développement d'actions susceptibles d'améliorer la vie quotidienne des habitants. L'adaptation des services aux habitants constitue un enjeu transversal à cette dynamique et appelle une attention particulière portée à certains thèmes : la santé, la culture, l'école, etc. » (Billaud, 1999.13). Les municipalités qui ont le plus largement mis en action la santé dans leur contrat de ville adhèrent à la conception holiste de la santé et sont membres du Réseau des Villes-Santé. Malgré tout, les moyens sont restés limités et les décalages entre priorités affichées et réalisations ont été importants. Ni le patient, ni la promotion de la santé n'ont été placés au cœur des actions. La préparation de la seconde génération de contrats de ville a permis de réfléchir à des dispositifs devant déboucher sur une réelle mise en harmonie de la santé publique et des territoires. C'est dans ce contexte qu'ont été prévus les ateliers santé-ville (Comité Interministériel des villes du 14 décembre 1999), en adéquation avec la démarche stratégique utilisée dans les PRAPS. Il s'agissait d'améliorer la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville. L'objectif a été de généraliser la constitution de réseaux de santé de proximité pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention. Une réelle cohérence favorable au bien-être a donc semblé exister entre les actions de santé publique conduites localement et les programmes régionaux. Il ne pouvait toutefois s'agir que d'un bien-être au rabais largement guidé par des objectifs de régulation sociale au niveau local et de gestion du risque urbain au sens de risque pour l'ordre social.

### **Agir toujours plus près et plus vite**

Le sauvetage en urgence hivernale des sans-abri auxquels on ne s'intéresse en été que si leur présence dans les centres commerciaux et les lieux historiques perturbe l'ordre urbain relève de la même logique que le repérage et le traitement en urgence estivale des situations d'isolement des

personnes âgées. Dans les deux cas, l'urgence est érigée en principe d'action – surtout depuis les années 1990 en France – pour répondre à des situations de risques qui interpellent sur les formes du lien social. Or, la problématique de l'urgence tend à des ciblage qui font, même involontairement, oublier les inégalités. L'analyse des modalités de mise en œuvre du Fonds d'urgence sociale (FUS), adopté en janvier 1998 et du dispositif de gestion urbaine de proximité mis en place dans le cadre de la politique de la Ville en France montre que l'environnement est instrumentalisé en tant que déterminant direct. Les formes urbaines (on parle d'espaces criminogènes) joueraient alors vis-à-vis des risques sociaux le même rôle que la dégradation de la nature vis-à-vis des crises sanitaires.

Adopté après une forte mobilisation des chômeurs, le FUS a été ouvert à tous ceux qui pensaient pouvoir en bénéficier. Dispositif unique en son genre, il a pris place dans une dynamique de réduction des échelles de l'intervention sociale : celles-ci n'ont cessé de se rétracter pour s'inscrire toujours plus près des populations en difficultés, avec pour objectif affiché de répondre plus vite à leurs besoins et d'améliorer la qualité de leur espace de vie. Pour raccourcir les délais d'accès aux droits sociaux, la loi du 29 juillet 1998 dite de lutte contre l'exclusion a prévu la mise en œuvre dans chaque département d'une Commission de l'action sociale d'urgence (CASU). L'impératif de quotidienneté s'est, quant à lui, exprimé en matière d'aménagement urbain dans l'idée de gestion urbaine de proximité (GUP). Celle-ci a été proposée en 1998 afin d'améliorer la qualité de vie des habitants, tant au quotidien que sur le long terme, et de renforcer l'attractivité du quartier par des actions sur le logement et son environnement, le stationnement, la gestion des déchets, la desserte et accessibilité, la sécurité, les équipements sociaux, les services publics et privés, etc. Fondée sur la proximité sociale entendue comme meilleure écoute des habitants, la GUP s'appuie sur le discours de la fracture sociale pour cibler les interventions sur des quartiers bien circonscrits, en laissant à d'autres politiques sectorielles le soin de considérer les facteurs qui sont à l'origine des situations individuelles et collectives d'exclusion, ainsi que de l'émergence des quartiers concernés en tant qu'espaces de pauvreté et de relégation. Elle est un ensemble d'actions sur l'environnement qui ne s'attaquent pas aux processus producteurs de relégation, d'exclusion, de mal-être dans la ville. La gestion du risque collectif s'impose, faute de pouvoir, ou vouloir, résoudre les problèmes qui génèrent du risque, ou plus précisément du mal-être et du handicap.

Avec la politique de la Ville, les problèmes sociaux ont été de plus en plus exprimés selon le registre de la pathologie et du handicap, pour les personnes comme pour les espaces. La pathologisation des espaces et le travestissement des problèmes sociaux en handicaps de quartiers délimités sur la base du trop ou du pas assez évitent de s'attaquer aux facteurs de la dégradation des conditions de vie des habitants. Comme si l'important n'était pas de réduire les écarts et les distances séparant les espaces de la relégation du reste de la ville et de la société urbaine, mais plutôt de réduire les incivilités, la délinquance juvénile, et d'éviter les explosions de violence, qui font figure de risque social majeur (Dubois-Maury & Chaline, 2004.151-160). L'analogie sémantique entre pathologie des

espaces et mal-être des populations illustre la conjonction entre opérations de rénovation urbaine et question d'ordre public (Lussault, 1998).

## CONCLUSION

La forte présence politico-médiatique du risque en général, des crises sanitaires en particulier, invitait à interroger les relations entre risques et santé. Les indicateurs démographiques habituels sont des révélateurs des progrès qui ont permis une incontestable amélioration de l'état physique moyen des populations. Toutefois, le bilan est plus réservé si la santé est posée comme bien-être complet d'individus adaptés à leur environnement social. Par ailleurs, bien qu'elle mette en exergue la croissance du souci narcissique de l'individu pour son corps et sa santé, la mise en avant de l'idée de société du risque fait oublier que les progrès sont inégalement partagés à l'échelle planétaire et entre individus d'une même société et que les plus vulnérables économiquement sont aussi fréquemment les plus exposés aux risques environnementaux porteurs de risques pour la santé. L'attention portée à la qualité environnementale et à sa préservation durable a au moins permis que les inégalités écologiques soient une des formes d'inégalités les plus étudiées aujourd'hui par les chercheurs. Leurs problématiques sont souvent en décalage avec les analyses dominantes dont la rhétorique tend à redonner une place importante aux déterminismes de nature, comme dans le cas de la canicule et des décès de personnes âgées seules. De la même manière, la problématique des risques sociaux a pu être déclinée comme un problème de formes urbaines. Les risques ont justifié des politiques qui agissent sur ces seuls déterminants : aménagement de pièces fraîches pour les personnes âgées, démolition d'immeubles...

Les peurs suscitées aussi bien par des maladies jusqu'alors inconnues et susceptibles de se diffuser sans pouvoir être maîtrisées que par des désordres urbains sont telles que l'urgence s'est imposée comme catégorie d'action. Il faut agir vite et au plus près pour que soit maintenu l'ordre. Dans le même temps, les politiques de lutte contre l'exclusion qui ne parvenaient plus à redonner l'espoir d'une insertion économique et sociale réelle se sont orientées vers la prévention et la promotion de la santé. L'objectif est de permettre l'accès aux soins pour tous, il n'est pas de réduire les inégalités face à la santé.

Pour être réelle, l'amélioration du bien-être n'en est pas moins loin d'être générale : BAM et les grandes drames de l'humanité sont bel et bien oubliés! Vouloir le bien-être impose de sortir de l'urgence, du risque, des peurs, de la seule gestion des conséquences des aléas climatiques et des handicaps spatiaux, et donc de repenser les luttes qui se jouent sur le marché des risques et sur celui des problèmes sociaux. Cela supposerait notamment que l'épidémiologie et le vocabulaire médical laissent plus de place aux sciences des inégalités sociales et au cumul des vulnérabilités.

## Références

- Baudin Gérard, Genestier Philippe, *Banlieues à problèmes - la construction d'un problème social et d'un thème d'action publique*, La Documentation Française, Paris, 2002
- November Valérie, Les territoires du Risque. Le risque comme objet de réflexion géographique, Berne, Peter Lang, 2002.» , *Développement Durable et Territoires*
- 30 janvier 2003. Disponible sur : <http://developpementdurable.revues.org/document1319.html>
- CNAMTS (octobre 2003), L'activité quotidienne des médecins généralistes libéraux durant la canicule d'août 2003, *Point de conjoncture* n° 18, pp. 13-22.
- Philippe Corcuff, *La société de verre. Pour une éthique de la fragilité*, 2002
- Cuenat Jean-Claude, Daniel Christine, Olivier Roland, Roquel Thérèse (décembre 2003), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2003154, 56 p.
- Darmon Pierre, Analyse historique de la perspective du risque microbien (1880-1910), in Giroult Eric & Seux René (éd.), *Eau, environnement, santé. Un enjeu majeur pour le 21<sup>ème</sup> siècle*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2002, pp. 15-23.
- Delfe Mathias, La peur irrationnelle, un marché prospère, 25 janvier 2004, <http://www.oulala.net>
- Denq Furjen, Constance Douglas H., Joung Su-Shiow, The role of Class, Status, and Power in the Distribution of Toxic Superfund Sites in Texas and Louisiana, *Journal of Poverty*, Haworth Press, Vol. 4(4) 2000, pp. 81-100.
- Dorrier-Apprill Elisabeth, Enjeux environnementaux et risques sanitaires dans la ville. Berges, bas-fonds et îles de Mopti : des zones à risque, des espaces convoités, in Giroult Eric & Seux René (éd.), *Eau, environnement, santé. Un enjeu majeur pour le 21<sup>ème</sup> siècle*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2002, pp. 221-235.
- Dubois-Maury Jocelyne & Chaline Claude, *Les risques urbains*, Armand Colin, collection U, 2004.
- Fassin Didier, Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique, in Fassin Didier (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Editions La Découverte, collection Recherches, 1998, pp. 7-46.
- Fassin Didier, La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence, *Annales Histoire, sciences sociales*, vol. 55, n° 5, pp. 955-981.
- Fleuret Sébastien & Séchet Raymonde (dir.), *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes, 2002.
- Halimi Serge (2003), Canicule : le précédent de Chicago, *Le Monde Diplomatique*, 18 août 2003.
- HCSP (1998), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes : ENSP (École nationale de la santé publique), Collection Avis et rapports du HCSP.
- Hémon Denis & Jouglé Eric, *Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 – Rapport d'étape « Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques »*, INSERM, Rapport remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées le 25 septembre 2003.

- Klinenberg Eric (2002), *Heat Wave : A Social Autopsy of Disaster in Chicago*, University of Chicago Press (pour une présentation courte, voir du même auteur « Canicule meurtrière : le précédent de Chicago », *Le Monde diplomatique*, septembre 2003).
- Lipovestky Gilles, *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, 1983 et 1993 pour la postface)
- Lipovestky Gilles, *Le crépuscule du devoir. L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, 1992.
- Lussault Michel, L'instrument sanitaire. Rôle et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales à Tours, in Fassin Didier (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Editions La Découverte, collection Recherches, 1998, pp. 174-202.
- N'Diekhhor Yémadi & Kaspar Wyss, Problèmes de santé liés à l'eau et efforts pour une meilleure distribution de l'eau potable dans un environnement urbain défavorisé, in Giroult Eric & Seux René (éd.), *Eau, environnement, santé. Un enjeu majeur pour le 21<sup>ème</sup> siècle*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2002, pp. 211-220.
- November Valérie, *Les territoires du risque. Le risque comme objet de réflexion géographique*, Peter Lang, 2002.
- ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002*, Genève, 2002.
- Oris Michel (coord.), Eggerickx Thierry, Capron Catherine, Hermia Jean-Pierre, Poulain Michel, Van der Straten Etienne, *Démographie, aménagement du territoire et développement durable de la société belge*, contrat de recherche n° HL/DD/018, programme « Leviers d'une politique de développement durable », 2001, rapport final, 119 p.  
[http://www.belspo.be/belspo/ostc/geninfo/publ/pub\\_ostc/HL18\\_fr.pdf](http://www.belspo.be/belspo/ostc/geninfo/publ/pub_ostc/HL18_fr.pdf)
- Parent Gérard, Poda Jean-Noël, Guigumde Robert, Kambire Roger, Principales maladies d'origine hydrique dans le contexte africain : cas des hydro-aménagements du Burkina Faso, in Giroult Eric & Seux René (éd.), *Eau, environnement, santé. Un enjeu majeur pour le 21<sup>ème</sup> siècle*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2002, pp. 82-91.
- Salem Gérard, Peuplement, population et santé : une inégale répartition, in Jean-Paul Charvet & Michel Sivignon (dir.), *Géographie humaine. Questions et enjeux du monde contemporain*, Armand Colin, 2002, pp. 67-95.
- Séchet Raymonde, La proximité dans l'urgence, *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n° 90, 2001, pp. 35-42.
- Sélimanosvski Catherine, *L'inscription spatiale de la pauvreté. Le cas de Strasbourg et du Bas-Rhin*, thèse de géographie soutenue à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg, novembre 2002, direction Louis Piermay.
- Vidal de la Blache Paul, Les conditions géographiques des faits sociaux, *Annales de géographie*, 1902, pp. 13-23.
- Zoungrana Tanga, L'impact d'un aménagement hydro-agricole sur la santé des populations au Burkina, *Cahiers de Géographie du Québec*, 46.128, septembre 2002, pp. 191-212.